



IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

TRABAJO DE FIN DE GRADO
Curso 2015-2016

Raquel Martín Blázquez



Tutores

Dr. Ángel Luis López de Pablo León

Dra. M^a Carmen González García

GRADO EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
Facultad de Medicina

Índice

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. Marco teórico.....	5
1.1. Puerperio fisiológico o normal.....	6
1.1.1. Cambios en genitales y mamas.....	6
1.1.2. Otros cambios fisiológicos.	7
1.1.3. Cambios psicológicos.....	8
1.2. Puerperio patológico.	9
1.2.1. Hemorragia postparto.	9
1.2.2. Infecciones en el postparto.	10
1.2.3. Trastornos hipertensivos.....	10
1.2.4. Enfermedades tromboembólicas.....	11
1.2.5. Depresión postparto.	11
2. Contextualización.	11
3. La enfermería y la continuidad del cuidado.	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	19
Necesidades de la mujer en el puerperio	20
Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal	22
Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado	24
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA	35

ANEXO 1	40
ANEXO 2	44

Índice de figuras

Figura 1. Tasa mundial de mortalidad materna 2015	12
Figura 2. Proceso de recopilación de la información objeto de revisión.....	19
Figura 3. Estudios incluidos en la revisión según tipología.	20

Índice de tablas

Tabla 1. Artículos seleccionados en las bases de datos	18
Tabla 2. Otras fuentes documentales	18

RESUMEN

En el puerperio hay importantes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, pudiendo surgir complicaciones que comprometan su salud y/o la del recién nacido. Por ello, los servicios sanitarios deben atender y seguir a la mujer en este periodo.

Objetivos: Identificar las necesidades de la mujer puérpera, revisar el papel de la enfermería en el puerperio y analizar los beneficios de los cuidados continuados en esta etapa.

Metodología: Revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO, Encuentra y Cochrane. También se han utilizado otros documentos oficiales. Las fuentes utilizadas han sido publicadas en los últimos 5 años, y escritas en español, inglés o portugués.

Resultados: El puerperio es un periodo de vulnerabilidad para la mujer, el recién nacido y la familia. Existen necesidades de autocuidado en las puérperas y ellas mismas demandan más apoyo de las enfermeras/os, considerados los profesionales idóneos para cuidarlas. Un cuidado continuado que incorpora la visita domiciliaria ha demostrado mayor satisfacción en la puérpera, beneficios sobre la lactancia materna y un mayor bienestar de la mujer.

Conclusiones: Es necesario reforzar la educación sanitaria de las puérperas. Las enfermeras/os son importantes en el puerperio en materia de asistencia y educación para la salud. Un cuidado continuado en el postparto es beneficioso para la mujer y el recién nacido, y cuando se incorporan visitas domiciliarias en el seguimiento, los beneficios son aún mayores.

Palabras clave: Puerperio, postparto, enfermería, cuidados de enfermería, continuidad de cuidados, cuidados domiciliarios y visita domiciliaria.

ABSTRACT

In the postpartum period there are important physiological and psychological changes in women, and complications may appear to compromise maternal or newborn health. For this reason, health services must attend and monitor the woman in this period.

Objectives: To identify the needs of puerperal women, to review the role of nursing in the postpartum period and to analyze what are the benefits of continuity of care at this stage.

Methodology: A narrative review through a literature search on databases such as PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO, Encuentra and Cochrane. Other official documents have also been used for this review. The sources used has been published in the last 5 years and written in Spanish, English or Portuguese.

Results: The postpartum period is a time of vulnerability for women, newborn and family. There are needs for self-care in puerperal women and they demand more support from nurses, who are considered the appropriate health professional to provide care at this period. Continuity of care with the addition of home visits has shown greater satisfaction in mothers, benefits for breastfeeding and improved well-being of women.

Conclusions: It is necessary to strengthen health education for postpartum women. Nurses play a vital role during the postpartum period in assistance and health education. Continuity of care during this stage has proven to be advantageous for women and newborns, and when home visits are incorporated, the benefits are even greater.

Key words: Postpartum period, postpartum care, nursing, nursing care, continuity of patient care and home visits.

INTRODUCCIÓN

1. Marco teórico.

Al final de la gestación, tras el parto, se inicia el periodo postparto o puerperio. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas define el puerperio como el *“periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior de la gestación”* (1). Esta recuperación a nivel anatómico y funcional tiene lugar mediante un proceso involutivo que dura unas 6-8 semanas, y en el que se suceden importantes cambios a nivel fisiológico y psicológico de forma simultánea (2,3):

- Se produce una involución de los órganos genitales (internos y externos), una regulación fisiológica del organismo y la restauración de la fisiología normal reproductiva.
- Se instaura la lactancia materna.
- Hay una adaptación psicológica de la mujer a los nuevos cambios acontecidos.
- Se desarrolla el vínculo materno filial.

Todos estos cambios comprenden 3 etapas diferenciadas entre sí: puerperio inmediato (comprende las primeras 24h tras el parto y, por tanto, la estancia hospitalaria), puerperio mediato (del 2º al 10º día tras el parto, incluye el momento del alta hospitalaria y el inicio de la estancia domiciliaria) y el puerperio tardío (desde el 11º día hasta los 42 días tras el parto) (2,3). Si estos cambios se suceden de manera natural y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico; en caso contrario se hablará de puerperio patológico. De acuerdo con distintas fuentes, el puerperio se caracteriza por una alta prevalencia de complicaciones en la madre y el recién nacido, siendo las posibles patologías acontecidas en este tiempo la causa más frecuente de mortalidad materna incluso en los países desarrollados (4,5).

El puerperio es una etapa determinante para la mujer por la complejidad que supone la activación del rol materno y la recuperación de su organismo. Por ello, la disciplina enfermera cobra sentido en el mantenimiento del cuidado de la mujer durante todo este proceso de recuperación. Los cuidados de enfermería durante el puerperio son de gran importancia para detectar signos y síntomas precoces de posibles complicaciones y/o alteraciones en esta etapa, así como para enseñar y fomentar aquellas prácticas que promuevan la salud marterno–infantil.

Por todo esto, es importante que conozcamos los cambios que se producen en el organismo de la mujer durante el puerperio normal, así como las posibles complicaciones que pueden dar lugar a un puerperio patológico.

1.1. Puerperio fisiológico o normal.

1.1.1. Cambios en genitales y mamas.

Tras el alumbramiento, el útero comienza un proceso involutivo en el que va reduciendo su tamaño y peso gradualmente hasta alcanzar una dimensión y posición similar al de una mujer no gestante. La involución tiene lugar como consecuencia de la contracción de las fibras musculares uterinas, siendo la oxitocina la que coordina el proceso. Estas contracciones suelen percibirse como dolorosas por la mujer durante los primeros 2-3 días (entuetos) y tienen como función favorecer la compresión de los vasos sanguíneos uterinos y el control de la hemorragia tras el parto. Durante el postparto, la mujer expulsa una secreción vaginal característica (loquios) formada principalmente por sangre, restos deciduales y moco; y cuya composición, color y cantidad se modificará a lo largo de las semanas, terminando hacia la 4-6 semana. Será al final de la 6ª semana tras el parto, cuando el útero haya completado su involución y adquirido un tamaño similar al útero no gestante. La valoración de la involución uterina y de las características de los loquios (inclusive la aparición de mal olor) es fundamental para identificar precozmente la aparición de posibles complicaciones como son la hemorragia postparto o la infección puerperal (2,3).

El cuello uterino y la vagina también sufren modificaciones. Tras el parto ambas estructuras están blandas, flexibles y edematosas; pero en las 24 horas siguientes, el cérvix se acorta recuperando firmeza y grosor. Asimismo, con el paso de las semanas, el orificio cervical reducirá su diámetro y la vagina volverá a su estado inicial. No obstante, el orificio cervical externo deja de ser puntiforme (como ocurre en las nulíparas) y presenta una fisura transversal; y en el himen se producirá una cicatrización especial formando nódulos fibrosos en la mucosa (carúnculas multiformes) (2).

El periné puede haberse desgarrado durante el parto o bien sufrir una incisión quirúrgica (episiotomía), lo que puede producir molestias considerables. Los músculos del suelo pélvico, sobredistendidos durante el embarazo, suelen recuperarse al final del puerperio; aunque en ocasiones, esta recuperación no ocurre en su totalidad,

dificultando la vuelta a la normalidad y favoreciendo la aparición de prolapsos uterinos (2).

Durante todo el embarazo, las mamas se han ido preparando para iniciar la lactancia, pero no es hasta después de 2-4 días tras el parto cuando tiene lugar la ingurgitación mamaria. Esta puede acompañarse de un aumento fisiológico y transitorio de la temperatura de la mujer durante las primeras 24h que ha de saber diferenciarse del acontecido por un proceso de infección (3). La primera secreción de la glándula mamaria es el calostro, seguido de la leche de transición hasta la leche madura. Una vez establecida la lactancia, la succión es el estímulo más poderoso para mantener la producción y expulsión de la leche, evitando así su acumulación en los conductos galactóforos y favoreciendo la prevención de la ingurgitación mamaria o la mastitis durante la lactancia (2,3).

1.1.2. Otros cambios fisiológicos.

Niveles hormonales y retorno del ciclo menstrual

Después del parto y el alumbramiento, los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario humano (todos agentes inhibidores de la prolactina) disminuyen con rapidez, lo que provoca un aumento en la secreción de prolactina que promueve la producción de leche. La instauración de la lactancia materna retrasa el retorno de la ovulación (relacionado con los niveles de prolactina) y la menstruación. Sin embargo, es posible la ovulación y, por tanto, que la mujer quede de nuevo embarazada sin desearlo antes de que se establezca la menstruación. En aquellas mujeres que no amamantan la prolactina disminuye y la concentración de estrógenos comienza a elevarse a concentraciones foliculares, permitiendo que la reanudación de la menstruación tenga lugar antes que en aquellas mujeres que amamantan (2,3).

Sistema muscular-ligamentario

Con la expulsión de la placenta, además de las hormonas mencionadas anteriormente, también la relaxina va descendiendo hasta permitir la recuperación total del tono muscular y del estado previo de todo el sistema músculo-ligamentario. No obstante, en la musculatura abdominal la recuperación del tono es más lenta y progresiva, pudiendo incluso observarse diástasis de los rectos anteriores (2).

Sistema urinario y gastrointestinal

El tono de la vejiga también está disminuido en el puerperio y tiene una mayor capacidad, lo que unido al incremento de la diuresis tras el parto (en los primeros días se eliminan unos 2 litros de agua, en su mayoría procedente del espacio extracelular), favorece la retención urinaria o un vaciado incompleto; aumentando el riesgo de infecciones del tracto urinario (3).

Además, por los efectos relajantes residuales de la progesterona existe una reducción del peristaltismo que junto con la distensión de los músculos abdominales, la inflamación del periné y el miedo al dolor, hacen que el estreñimiento sea un problema frecuente en el postparto (3).

Sistema cardiovascular

El reajuste del volumen sanguíneo tras el parto produce una ligera tendencia a la bradicardia durante los primeros días. En cuanto a la tensión arterial, lo normal será que la mujer se mantenga normotensa. No obstante, es preciso el estrecho control de los valores de tensión arterial, así como la valoración de la diuresis, la presencia de edemas y proteinuria para una precoz identificación de trastornos hipertensivos durante el postparto (2,4).

Durante todo el embarazo, se produce un aumento de los factores de la coagulación reduciendo el riesgo de hemorragias en el puerperio. Sin embargo, los niveles de estos factores permanecen elevados hasta 4 semanas tras el parto, lo que junto con una escasa movilización y los traumatismos propios del parto, incrementan el riesgo de complicaciones tromboembólicas durante el puerperio (2).

1.1.3. Cambios psicológicos.

El puerperio supone un periodo importante de adaptación para toda la familia, pero en especial para la mujer, quien ha de hacer frente a los múltiples cambios y molestias físicas de esta etapa (los cuales contribuyen a reacciones negativas), así como adaptarse al recién nacido y a su nuevo rol como madre y cuidadora. Johnson (2011), concluye que los cambios en el estado de ánimo y la sensación de tristeza son frecuentes durante este periodo. Esta autora, expone que fisiológicamente se cree que esta alteración emocional puede estar relacionada con el rápido descenso hormonal de estrógenos y progesterona; pero además, establece que otros factores como la

responsabilidad materna sobre el hijo, las inseguridades personales u otros conflictos familiares o de tipo económico hacen que aumente el estrés en la mujer. (3)

Según Mercer (1995), el desarrollo y adquisición del rol materno tiene lugar entre los 3 y 10 primeros meses, aunque diferentes aspectos como el apoyo social y económico, la edad de la madre, su personalidad, y el temperamento del niño, pueden condicionarlo (2).

Todos estos cambios que acontecen durante el puerperio normal suelen cursar sin mayores incidencias. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones en diferentes grados de gravedad interfiriendo en el proceso fisiológico de recuperación, interrumpiéndolo o retrasándolo (2,3). Por este motivo, los cuidados de enfermería son especialmente importantes en este periodo, para prevenir su aparición y detectar precozmente signos y síntomas de alarma.

1.2. Puerperio patológico.

Las complicaciones más frecuentes en el puerperio son la hemorragia postparto, la infección puerperal, los trastornos hipertensivos, las enfermedades tromboembólicas y la depresión postparto; siendo las tres primeras las patologías con mayor morbimortalidad en el puerperio (2,3,4,5,6).

1.2.1. Hemorragia postparto.

La hemorragia posparto se define como la pérdida hemática $\geq 500\text{ml}$ después de un parto vaginal y $\geq 1.000\text{ml}$ tras una cesárea. Se trata de la patología con mayor morbimortalidad en el puerperio, estimándose una incidencia del 10% en el total de partos (2). Según el momento en el que tenga lugar, puede distinguirse entre:

- Hemorragia postparto precoz o temprana (primeras 24 horas): más frecuente y generalmente debida a atonía uterina; término que hace referencia a la incapacidad de contracción de las fibras miométriales, que impide que los vasos uterinos puedan cerrarse correctamente y, por lo tanto, sangren libremente. Causa también de la hemorragia postparto precoz, aunque menos habitual, son las laceraciones del canal blando durante el parto (2,3).
- Hemorragia postparto tardía (entre 24 horas y 6 semanas después del parto): es más peligrosa ya que puede producirse tras el alta hospitalaria (2). Suele ser consecuencia de la retención de restos placentarios o la subinvolución uterina,

es decir, incapacidad del útero para regresar a su tamaño y localización previa al embarazo. Normalmente la subinvolución está relacionada con retención de restos placentarios, infecciones o cicatrización incompleta del lugar donde se insertó la placenta (2,3).

1.2.2. Infecciones en el postparto.

Pueden distinguirse dos grandes categorías: las infecciones puerperales o del tracto genital, y las que surgen en otros sitios diferentes (mastitis o infecciones del tracto urinario). Se considera que toda púérpera padece una infección si presenta fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante al menos 2 días consecutivos en los primeros 10 días tras el parto, excluyendo las primeras 24h. De las infecciones puerperales, la endometritis junto con las infecciones de las heridas (laceraciones del canal blando, episiotomías e incisión quirúrgica de cesárea) son las más frecuentes y suelen manifestarse tras el alta hospitalaria. La mastitis puede presentar una incidencia de hasta el 33%, aunque esta puede ser variable, y mayoritariamente aparece durante las 12 semanas posteriores al parto; representa uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna. Las infecciones del tracto urinario aparecen en un 2-4% de las púerperas (2,3).

1.2.3. Trastornos hipertensivos.

Los trastornos hipertensivos que aparecen durante el puerperio pueden haberse desarrollado durante la gestación y prolongarse durante esta etapa, o bien presentarse por primera vez en el postparto. El desarrollo de los trastornos hipertensivos en el postparto puede obedecer a alguna de las siguientes situaciones: mujeres que desarrollaron preeclampsia durante el embarazo y se mantienen hipertensas tras el parto, mujeres con hipertensión crónica con/sin preeclampsia sobreañadida en la gestación, o hipertensión que debuta en el puerperio (6). Ha sido descrito que al menos un 29% de los casos de eclampsia (manifestación grave de la preeclampsia) ocurren en el puerperio, su mayoría en las 48 horas siguientes al parto, un 12% tras las 48 horas y hasta un 2% después de los 7 días de haber dado a luz. Además, se estima que la incidencia de la preeclampsia en el puerperio tardío llega al 6% incluso sin evidencia de hipertensión previa (4,6).

1.2.4. Enfermedades tromboembólicas.

Los cambios fisiológicos producidos durante la gestación a nivel cardiovascular también implican una serie de modificaciones que hacen que la enfermedad tromboembólica sea más frecuente en las puérperas que en las mujeres no gestantes. Esta enfermedad se define como el asentamiento de un coágulo de sangre en la luz venosa que cursa con inflamación de la pared interna del vaso sanguíneo. Puede afectar al tracto venoso superficial (generalmente, venas safenas) o profundo (desde las venas pedias hasta la región ileofemoral). La trombosis venosa superficial suele tener una evolución benigna, raramente dando lugar a émbolos. Sin embargo, la trombosis venosa profunda implica mayor importancia, pues el principal riesgo radica en la aparición de un embolismo pulmonar consecuencia del desprendimiento del coágulo de la pared venosa y su libre circulación a través del torrente sanguíneo (2,3).

1.2.5. Depresión postparto.

El poco tiempo para la adaptación de la mujer a la nueva situación familiar unida a los cambios fisiológicos, la falta de sueño por la atención que requiere el recién nacido y la presión social, puede suponer una tristeza intensa con fuertes cambios de humor que precipite la aparición de la depresión posparto. Esta sensación de tristeza la presenta el 40-80% de las puérperas cuyos síntomas depresivos desaparecen en 7-10 días; por este motivo no se llega a considerar una patología y únicamente requiere de apoyo y seguimiento de la mujer para evitar su progresión. La depresión postparto no parece diferir en gran medida del cuadro de una depresión mayor. No obstante, los síntomas pueden ser evidentes antes del alta hospitalaria o no, incrementándose cuando la mujer regresa al domicilio y pudiendo tener efectos a largo plazo sobre la interacción madre-hijo. Se estima que el 10-15% de las puérperas sufre depresión postparto, con una mayor incidencia sobre las madres primerizas (2,3,5).

De todas estas complicaciones descritas, la mayoría pueden llegar a provocar, en última instancia, la muerte de la madre.

2. Contextualización.

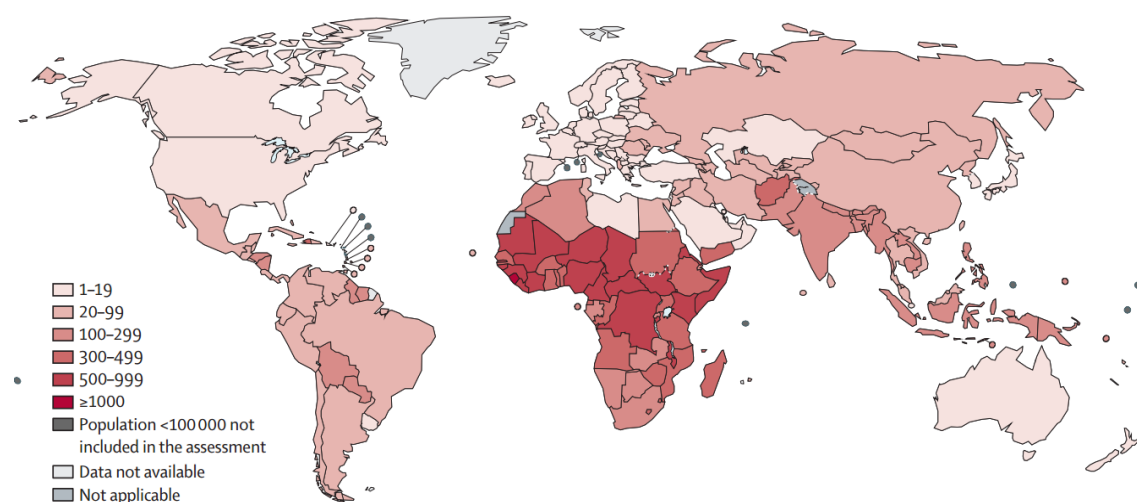
La salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, es una prioridad para las instituciones del sector sanitario. Por este motivo, a nivel mundial, se han

establecido estrategias especialmente dirigidas a la atención de la mujer durante estos periodos.

En el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas enunciaron los denominados Objetivos del Desarrollo del Milenio, ocho objetivos cuyas metas se propusieron alcanzar para el 2015. Uno de estos objetivos fue Mejorar la Salud Materna, y una de sus metas la reducción de la mortalidad materna en un 75% (7). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como muerte materna: *“El deceso de una mujer durante el embarazo, parto o 42 días posteriores al mismo, con independencia de la duración de la gestación y debido a cualquier causa relacionada con el embarazo”* (7). En la *Figura 1* se representa la tasa mundial de mortalidad materna en el año 2015.

A pesar de los importantes progresos realizados hasta la fecha, la OMS publicó en Noviembre de 2015 que únicamente se había logrado reducir la mortalidad en un 44% (8), no alcanzando el objetivo propuesto y quedando pendiente su consecución. Aun así, la salud materna continua siendo una prioridad a nivel mundial, contemplándose estrategias para mejorarla en los Objetivos de Desarrollo Sostenible formulados en 2015 y en la Estrategia Global para la Salud en Mujeres, Niños y Adolescentes para el 2016-2030 (7,9).

Figura 1. Tasa mundial de mortalidad materna 2015 (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos).



Fuente: Trends in maternal mortality: 1990-2015. OMS (8).

En las últimas publicaciones de la OMS (2014 y 2015), se estimó que aproximadamente un 75 % de las muertes maternas son debidas a causas obstétricas directas, secundarias a complicaciones y en su mayoría prevenibles (hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos o abortos no seguros); siendo los países más pobres y en vías de desarrollo los que alcanzan mayores cifras de mortalidad materna por estos motivos (7,9).

Los cambios epidemiológicos (de demografía, morbilidad y mortalidad) en los países influyen en las principales causas de mortalidad materna de sus territorios. De esta manera, existen teorías que defienden que a medida que progresa el desarrollo de un país, las causas de muerte dejan de ser predominantemente directas y, pasan a ser en su mayoría secundarias a enfermedades crónicas (10). Sin embargo, en las estimaciones más recientes de las causas de mortalidad materna a nivel mundial (2014) podemos observar que en el conjunto de los países desarrollados, las causas directas de muerte aún superan a las causas indirectas (un 75% frente a un 25%, respectivamente) (11).

En España, en el año 2002 se llevó a cabo un estudio retrospectivo mediante una encuesta hospitalaria sobre la mortalidad materna durante los años 1995-1997, a la que respondieron 69 hospitales del país (12). Durante esos años se registraron 363.598 nacidos vivos y 26 muertes maternas (tasa de mortalidad materna: 7,15/100.000 nacidos vivos). En este estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

- El mayor porcentaje de muertes, un 73.07% del total, ocurrió durante el puerperio.
- En el 50% de los casos la causa de muerte se clasificó como obstétrica directa, el 42.3% fue por causa obstétrica indirecta y un 7.69% de las muertes fueron de origen desconocido. Dentro de las causas directas los trastornos hipertensivos fueron los casos más frecuentes, seguidos de las hemorragias obstétricas y el embolismo pulmonar. En cuanto a las causas indirectas, la enfermedad cardiovascular representó el mayor porcentaje de causa de muerte.

Según los últimos datos publicados por el Grupo del Banco Mundial (2016), en los últimos 5 años España ha mantenido una tasa de mortalidad dos puntos más baja que la estimada en 2002, de 5/100.000 nacidos vivos (13).

Por otra parte, la salud de la madre y el recién nacido están íntimamente unidos; viéndose afectada la supervivencia, desarrollo y crecimiento de los pequeños por la morbilidad materna. Así pues, es necesaria una política sanitaria o programa que

preste servicio a la madre y al recién nacido conjuntamente, sin comprometer la calidad de la atención para ninguno de los dos. Además, tal integración de la atención es más aceptada por las mujeres y familias, supone un mayor beneficio para la salud del recién nacido y es más eficiente para el sistema de salud (10).

Considerando estos aspectos y conociendo las principales causas de mortalidad materna del país, se cuenta con una mayor información para establecer prioridades sanitarias pertinentes y planificar estrategias concretas. De esta manera, con las intervenciones de cuidado adecuadas por parte del personal de salud idóneo podrían reducirse las defunciones en las madres.

3. La enfermería y la continuidad del cuidado.

El proporcionar una atención continuada a la mujer durante todo el postparto es una recomendación incluida en diversas Guías de Práctica Clínica. Además, estas guías sustentan que el personal de enfermería (enfermera o matrona) es el profesional sanitario idóneo para atender y garantizar la continuidad del cuidado en la madre y el recién nacido durante este periodo (14,15).

En España, desde que la Ley General de Sanidad (1986) estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales, a saber, Atención Primaria y Atención Especializada, la continuidad de los cuidados entre ambos niveles ha supuesto un reto para el Servicio Sanitario del país. Existen múltiples definiciones de continuidad asistencial, pero en este trabajo se utilizará la enunciada por el Servicio Madrileño de Salud en su documento marco sobre el Desarrollo de la Continuidad Asistencial (2015): *“Atención a las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad que requieren intervención y cuidados de enfermería en su asistencia sanitaria sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales”* (16).

Como ya se ha visto, el puerperio se trata de una etapa compleja por los múltiples cambios que acontecen y sus riesgos potenciales para la salud, motivo por el que se considera un periodo de vulnerabilidad para la mujer y, atendiendo a la definición anterior, objetivo de unos cuidados continuados y seguimiento. Además, según las recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica sobre los cuidados en la etapa puerperal, se sugiere ofrecer un mayor seguimiento mediante la visita

domiciliaria (14,15), servicio incluido en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid para todas las mujeres puérperas (22).

Igualmente, estos documentos defienden la necesidad de comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales para favorecer la continuidad del cuidado. Así como la coordinación del personal de enfermería con otros profesionales que intervienen en la atención a la mujer, recién nacidos y su familia, cuando se precisan cuidados especiales (14,16). Sin embargo, en muchas ocasiones, en el puerperio se disminuye el contacto por parte de los profesionales de enfermería con la mujer; cuando se trata de una etapa en la que el acompañamiento, el mantenimiento de la salud, la prevención de complicaciones potenciales y la planificación de los cuidados tras el alta hospitalaria es importante para la madre y, en consecuencia, para el recién nacido (4).

La atención a la mujer durante el proceso de maternidad es una de las competencias que el personal de enfermería debe adquirir durante su formación. Así lo recoge el Boletín Oficial del Estado en la orden que establece los requisitos de titulación universitaria que habilitan para el ejercicio de la Enfermería (18). Además, en el desempeño de esta profesión contamos con diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras destinados al periodo puerperal (19).

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión narrativa de la literatura científica para conocer la importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio de la mujer sana. Los objetivos específicos son:

- Identificar las necesidades de la mujer en el puerperio.
- Revisar el papel que cumple la enfermería durante el puerperio tras el alta hospitalaria.
- Analizar los beneficios de la continuidad de los cuidados en la mujer durante el puerperio sobre el binomio madre-hijo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda de las publicaciones reportadas en los últimos 5 años relacionadas con el objeto de revisión, utilizando el lenguaje libre en Google Scholar, PubMed y CINAHL con el fin de conocer el estado actual del tema. Después, se concretaron los descriptores que se utilizaron en las posteriores búsquedas y los operadores booleanos más recomendables.

Seguidamente, se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO, Encuentra y Cochrane Plus. Para completar la investigación también se han utilizado webs oficiales como la página del Ministerio de Sanidad o de la Federación de Asociaciones de Matronas de España; y revistas científicas como Matronas Profesión, Enfermería Integral y Gaceta Sanitaria.

Los términos DeSC empleados para la búsqueda en español fueron: *puerperio*, *postparto*, *enfermería*, *cuidados de enfermería*, *continuidad de cuidados*, *cuidados domiciliarios* y *visita domiciliaria*. En inglés se utilizaron las palabras clave: *postpartum period*, *postpartum care*, *nursing*, *nursing care*, *continuity of patient care* y *home visits*. Las sentencias finales de búsqueda se construyeron combinando los descriptores mencionados y los operadores booleanos “AND” y “OR”. En las bases de datos donde fue posible, se utilizó el operador “NOT” para evitar la duplicación de artículos en la misma base de datos en la que se emplearon diferentes estrategias de búsqueda.

Los filtros utilizados para delimitar y ajustar la búsqueda han sido:

- Fecha de publicación: de 2011 hasta 2016. En las búsquedas acotadas a los últimos 5 años donde se obtuvieron 0 resultados, se amplió el límite a los últimos 10 años (de 2006 hasta 2016).
- Idioma: español, inglés y portugués.
- Especie: humanos.
- Sexo: mujer.

Como criterios de inclusión para la selección de los artículos, se han tenido en cuenta:

- Mujeres puérperas sin patologías.
- Mujeres primíparas o multíparas.
- Estudios científicos relacionados con los objetivos del trabajo.

- Pertinencia y fiabilidad.

Se han utilizado como criterios de exclusión:

- Mujeres con patología de base grave.
- Mujeres con complicaciones graves durante el embarazo o trabajo de parto.
- Madres con recién nacidos prematuros.
- Madres con recién nacidos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Situaciones sociales de riesgo, de maltrato durante el embarazo y violencia de género.
- Artículos no firmados.

Por último, la metodología empleada para la selección de los artículos objeto de la revisión ha sido:

- Primeramente, se ha llevado a cabo una lectura de los títulos del total de resultados obtenidos con las búsquedas, seleccionando aquellos artículos aparentemente relacionados con el tema de revisión.
- A continuación, se leyó el resumen de los artículos elegidos anteriormente y se seleccionaron aquellos relacionados directamente con el objetivo del trabajo.
- Posteriormente, se hizo una lectura de los artículos en mayor profundidad y una selección de los mismos en base a su relación con los objetivos específicos de la revisión.
- Finalmente, se realizó una lectura crítica y análisis de aquellos artículos elegidos por su contenido.

En las *Tablas 1 y 2*, se recoge la secuencia de selección de artículos en las diferentes bases de datos, y el material encontrado en otras fuentes oficiales. El *Anexo 1* recoge la estrategia de búsqueda empleada en las diferentes bases de datos.

Tabla 1. Artículos seleccionados en las bases de datos.

BASE DE DATOS	Artículos que incluían las palabras clave	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por contenido
PubMed	96	45	29	5
CINAHL	30	17	14	6
CUIDEN	17	12	11	7
Dialnet	28	10	6	3
SciELO	17	7	3	1
Encuentra	2	2	2	0
Cochrane	7	4	2	1
	197	97	67	23

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Otras fuentes documentales.

OTRAS FUENTES	
Revistas científicas	Gaceta Sanitaria (1 artículo), Enfermería Integral (1 artículo) y Matronas Profesión (1 artículo)
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)	Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas.
Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)	Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
Protocolos y Procesos asistenciales	Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, Consejería de Sanidad de Cantabria. Protocolo de Asistencia al Parto y al Puerperio y de Atención al recién nacido, Generalitat de Catalunya. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio, Junta de Andalucía.

Fuente: Elaboración propia.

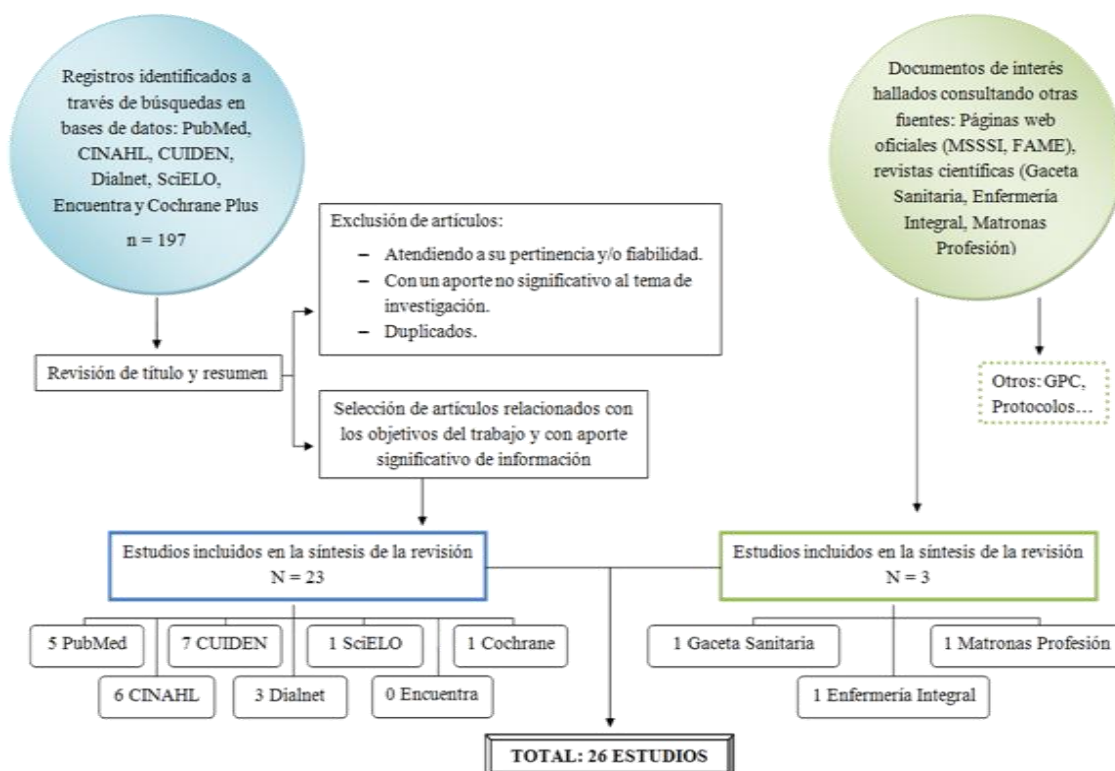
RESULTADOS

Se identificaron un total de 100 artículos (97 en las bases de datos y 3 en otras fuentes) relacionados con la temática de la revisión. Tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión indicados anteriormente, se obtuvo una muestra final de 26 artículos (Anexo 2). Para la realización de este trabajo se han utilizado artículos originales de estudios cualitativos y cuantitativos, revisiones bibliográficas y sistemáticas, y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con grupos control y de intervención, tanto del ámbito nacional como internacional. Como fuentes adicionales, se han consultado Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos de atención. Una vez realizada su lectura en profundidad, se ha clasificado la literatura en tres unidades de análisis:

- Necesidades de la mujer en el puerperio.
- Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal.
- Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado.

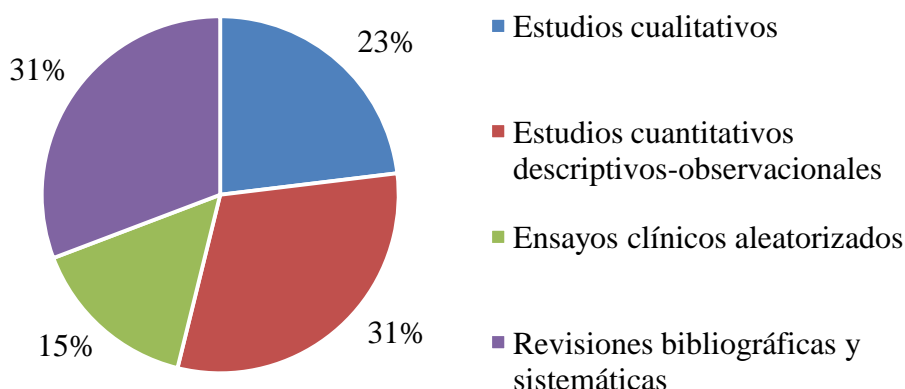
A continuación, se muestra un diagrama que recoge el proceso de recopilación de la información para la revisión realizada en este trabajo (Figura 2) y un gráfico que muestra la proporción entre las diferentes tipologías de los estudios incluidos (Figura 3).

Figura 2. Proceso de recopilación de la información objeto de revisión.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Estudios incluidos en la revisión según tipología.



Fuente: Elaboración propia.

Necesidades de la mujer en el puerperio

Como se ha descrito anteriormente en este trabajo, el postparto es un periodo en el que se producen importantes cambios físicos y emocionales en las mujeres, que también afectan al ámbito familiar. El puerperio mediano y tardío, que transcurren comúnmente en el ámbito domiciliario, son los momentos en los que surgen en la mujer una mayor cantidad de dudas, miedos y problemas, en comparación con la etapa en que la mujer permanece en el hospital (20). Por ello, es crucial la instauración de un apoyo precoz a las mujeres que facilite su transición hacia la maternidad.

La literatura revisada recoge cuáles son las necesidades más frecuentes de las mujeres durante el puerperio mediano y tardío. Investigaciones cualitativas realizadas mediante entrevistas domiciliarias (21,22), y estudios cuantitativos elaborados a través de cuestionarios (20,23,24,25), coinciden en señalar que: el dolor en la episiotomía o incisión quirúrgica, el dolor abdominal (entortos) y el sangrado (loquios) tras el parto, la lactancia materna, la reanudación de la actividad diaria normal y de las relaciones sexuales, la limpieza del cordón umbilical del recién nacido y la exposición del bebé al sol, son los aspectos en los que se han identificado una mayor necesidad de cuidados en estas etapas. En definitiva, la mayoría de las mujeres manifiestan dudas e inquietudes relacionadas tanto con su autocuidado como con los cuidados del recién nacido. No obstante, también han de considerarse en este periodo las creencias y valores culturales de la mujer, pues pueden dar lugar a prácticas no seguras que supongan un riesgo para la madre o el recién nacido (4,26).

En 2014, se publicó en España un estudio descriptivo que dio a conocer las necesidades educativas sobre el autocuidado de las mujeres en el puerperio mediato (20). Se identificó que un 47% de las mujeres encuestadas desconocía como realizar la higiene y el cuidado de la episiotomía, un 11.5% ignoraba que no es necesario retirar los puntos del periné, casi un 70% desconocía el tiempo normal de sangrado tras el parto y más de 1/3 de las mujeres no sabían identificar su olor característico. Además, por encima del 50% de las mujeres desconocía la forma segura de retomar las relaciones sexuales para evitar un embarazo no deseado así como la existencia de métodos anticonceptivos hormonales compatibles con la lactancia. En este estudio se observa que uno de los aspectos relacionados con un mayor grado de conocimientos sobre esta etapa, es la asistencia de la mujer a cursos de educación maternal durante el embarazo. La falta de conocimientos sobre anticoncepción, también se recoge en otros estudios realizados en nuestro país, que identifican requerimientos educativos en este aspecto como consecuencia de una baja intervención de los profesionales sanitarios en planificación familiar (24,25).

Pero estas, no son las únicas necesidades descritas durante el puerperio. Son muchos los estudios que coinciden en que este periodo está frecuentemente acompañado por sentimientos de miedo, angustia e incertidumbre. Según las mujeres, el afrontamiento de la vuelta al hogar y la adaptación a la nueva situación familiar es uno de los motivos que produce mayor ansiedad. También, se pone de manifiesto la preocupación de la mujer por enfrentarse a esta nueva etapa sin el acompañamiento de una enfermera/o, percibiendo un apoyo muy limitado por parte de las unidades de Atención Primaria (21,22,25). Es destacable, que estas sensaciones están mayoritariamente relacionadas con la salud y los cuidados del recién nacido (ej. La pérdida de peso del neonato, no conseguir una adecuada producción de leche para alimentar al bebé, el cuidado del cordón umbilical o la exposición del recién nacido al sol) (22,23,25). Las madres anteponen las necesidades de su hijo a las propias, y refieren ninguna o poca preocupación por su propio bienestar físico y emocional a su regreso a casa tras el parto (25). Sin embargo, un cuidado deficiente de la mujer durante el postparto no sólo puede repercutir en su propia salud, sino también sobre el bienestar del recién nacido y de la familia (27).

Por todos estos motivos, el postparto es considerado un periodo de riesgo en el que se manifiestan numerosas necesidades y que requiere de una asistencia cualificada.

Es preciso cuidar a la mujer en todas sus dimensiones e incorporar intervenciones que fomenten el autocuidado y promuevan la autonomía de la mujer en los cuidados y crianza del recién nacido. La educación sanitaria es la intervención más efectiva para evitar riesgos y prevenir complicaciones en este periodo (20,28).

Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal

Dentro de las profesiones sanitarias, los profesionales de enfermería son los que están especialmente formados en el cuidado del ser humano. Su función se destaca por su capacidad y habilidad para comprender al individuo receptor del cuidado de manera holística (28). La literatura recoge que la enfermería, junto con la educación sanitaria y la familia, es uno de los tres recursos principales de apoyo en el afrontamiento y adaptación de la mujer a su nueva situación en el puerperio (29).

En términos generales, la enfermería tiene una posición privilegiada para brindar una atención integral por su cercanía al paciente, poniendo en práctica sus conocimientos teóricos, prácticos y científicos en el desempeño del cuidado. Es esta posición la que hace que la figura de la enfermera/o sea especialmente importante en el puerperio, pues permite construir una conexión con la mujer que favorece su adherencia y constancia en el servicio de salud. Son muchas las fuentes que sustentan la idoneidad y gran importancia de la presencia de la enfermería durante este periodo, pues estos profesionales juegan un papel clave en el planteamiento, prestación y evaluación del cuidado de la mujer, del recién nacido y de la familia (20,27,28,30,31,32). Diversos artículos concluyen que el profesional de enfermería ejerce una influencia positiva en el empoderamiento de la mujer durante el puerperio, contribuyendo a que esta reconozca sus capacidades y valía en la nueva etapa de la maternidad. Además, la enfermera/o es uno de los profesionales sanitarios mejor considerados por las mujeres y fuente de confianza para ellas, quienes valoran sus cuidados durante el puerperio como necesarios y beneficiosos (21,23,27,31,33).

En 2014, fue publicado en Japón un estudio observacional que comparó un modelo de seguimiento llevado a cabo por personal de enfermería (matronas) con otro realizado por personal médico (obstetras) a mujeres con bajo riesgo durante el embarazo, parto y puerperio (34). El objetivo de este estudio fue comparar los resultados relacionados con la salud de las mujeres y niños de ambos modelos de seguimiento. En el modelo liderado por matronas se obtuvieron diferencias

significativas en cuanto al mantenimiento de la lactancia materna al mes del parto, alcanzando un mayor número en las mujeres atendidas por los profesionales de enfermería (83.3%) que en el grupo cuyo seguimiento lo realizó un obstetra (67.6%). Además, las mujeres del grupo atendido por la matrona expresaron un mayor nivel de satisfacción con la atención recibida que el grupo donde el seguimiento lo hizo el personal médico.

Es importante destacar que el universo del cuidado de enfermería puede contemplar tanto los ambientes institucionalizados como los domiciliarios, siendo imprescindible su actuación en ambos contextos (35). En el puerperio, cobra especial relevancia la incorporación del equipo de Atención Primaria en el seguimiento de la mujer, así como la instauración de una comunicación fluida entre los diferentes niveles asistenciales, que permita el acercamiento y atención a la mujer (30). No obstante, a pesar de ser este el periodo de mayor vulnerabilidad para la madre, el recién nacido y la familia (en comparación al embarazo y parto), es el momento en el que la mujer recibe menos atención por parte del personal sanitario; disminuyendo incluso más el contacto con los profesionales de enfermería tras el alta hospitalaria (20,31). La atención de la mujer púrpura no está consolidada en los servicios sanitarios y su primer contacto con la institución sanitaria tras el parto, está focalizado mayoritariamente en el cuidado al recién nacido (ej. Control y vacunación) dejando en un segundo plano a la mujer (22,27,28,33).

Entre los profesionales sanitarios, aún existe una falta de conciencia sobre la importancia de este periodo y su impacto en la salud física y mental de la mujer, la salud del niño y de la familia. Hay un déficit en la asistencia dirigida a promover la salud de la mujer en el puerperio y falta un sistema que estructure dicha atención (4,27,29). Si bien es cierto que las mujeres que han recibido educación sanitaria prenatal tienen mayor conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en el puerperio y de lactancia materna, son muchas las mujeres que manifiestan que esta educación no es suficiente. Piden más implicación de los profesionales de enfermería con intervenciones directas y acompañamiento durante el puerperio, empleando estrategias como la visita domiciliaria o el seguimiento telefónico (29).

Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado

La continuidad del cuidado es frecuentemente citada como uno de los elementos principales de satisfacción en los pacientes. La provisión de cuidados continuados mejora la comunicación y ayuda a establecer un clima de confianza entre el profesional sanitario y el paciente, contribuye a reducir la demanda innecesaria de los servicios sanitarios de urgencia y reduce los ingresos hospitalarios. Durante el puerperio, la continuidad del cuidado por parte de la enfermería es especialmente importante pues ayuda a percibir las necesidades de la mujer y contribuye a desarrollar una relación de confianza con la misma. Sin embargo, como ya se ha visto anteriormente, no es fácil conseguir esta continuidad del cuidado, pues la atención sanitaria que recibe la mujer se centra en el embarazo y el parto, existiendo una falta de reconocimiento del cuidado de la mujer en el postparto a nivel global (36,37).

Hay diferentes formas de seguimiento que facilitan la continuidad de la atención: la visita a las instituciones sanitarias, la visita domiciliaria o el seguimiento telefónico. Pero es la visita domiciliaria el medio que la literatura habitualmente destaca por su utilidad para viabilizar la continuidad del cuidado de la mujer durante el puerperio (28). La atención domiciliaria permite una mayor aproximación a la realidad del individuo y es un importante instrumento para la educación sanitaria. La visita domiciliaria en el puerperio posibilita (30,36):

- Conocer el ambiente natural de la mujer y prestar un cuidado más humanizado.
- Establecer una relación de confianza entre el profesional y la mujer, y su familia.
- Una mayor comprensión de sus necesidades biopsicosociales y respuesta a sus dudas.
- Potenciar el vínculo madre-hijo y el desempeño del rol materno.
- Favorecer el mantenimiento de la lactancia.
- Trabajar más la planificación familiar.

Pero para que todo esto pueda ser llevado a cabo, es necesario que el profesional de enfermería reconozca sus competencias en el cuidado domiciliario de la mujer puérpera y ponga en práctica sus conocimientos sobre el cuidado en el ambiente familiar. Asimismo, se hace imprescindible una mayor comunicación entre los servicios de maternidad de los hospitales y los centros de Atención Primaria, salvando la brecha entre los niveles asistenciales para la construcción de una atención continuada

(30,35,36). En definitiva, la visita al domicilio debe ser usada como complemento a la atención de enfermería durante el puerperio, a fin de proporcionar un cuidado holístico y efectivo para prevenir posibles complicaciones en la mujer y el recién nacido. Además, se ha identificado que la consulta de enfermería en este periodo es recibida con satisfacción por las mujeres y, cuando esta visita ocurre en el hogar, agrega mayor valor (33).

La primera visita de la mujer en Atención Primaria tiene lugar la primera semana tras el alta hospitalaria y se denomina visita puerperal. Sus principales objetivos son: favorecer la correcta evolución del puerperio mediante la detección precoz de riesgos para la madre y el recién nacido, y la educación sanitaria. Esta visita es especialmente importante por el periodo de vulnerabilidad en la que se encuentran madre e hijo. No obstante, no hay una metodología clara para su desarrollo, dando lugar a una gran variedad de modalidades a nivel internacional. La visita puerperal puede ser única o múltiple, realizarla la matrona o una enfermera comunitaria, ser precoz o tardía, tener lugar en el domicilio o en el centro de salud, y puede estar destinada exclusivamente a recién nacidos de riesgo o a cualquier neonato (38).

En esta revisión narrativa se han encontrado dos ECAs (38,39) que compararon la visita en la consulta del centro de salud a los 10 días postparto (grupo control), frente a un modelo que, además, incorporaba la visita domiciliaria en las primeras 48h tras el alta hospitalaria (grupo de intervención). Las mujeres y recién nacidos incluidos en estos ensayos eran población de bajo riesgo. Uno de los ECA fue realizado en España (Furnieles-Paterna, 2011) (38), y su objetivo fue evaluar la satisfacción materna y la evolución clínica de la madre y el niño, comparando los resultados de ambos modelos de seguimiento. Las visitas siempre fueron realizadas por matronas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- La visita puerperal domiciliaria se asoció a un alto grado de satisfacción materna y las mujeres refirieron un mayor grado de información sobre sexualidad y anticoncepción respecto al grupo control.
- En cuanto a la lactancia materna, hubo un menor abandono en la primera semana postparto en el grupo de la intervención (6 veces inferior respecto al grupo control), pero no se dieron diferencias significativas entre los grupos a largo plazo.

- Por último, no se encontraron diferencias significativas respecto a la evolución clínica de las mujeres y sus hijos, ni en cuanto al uso de los recursos sanitarios.

Se destaca en este estudio que el 88% de las mujeres consideraron el domicilio como el lugar idóneo para recibir la primera visita puerperal con independencia del grupo al que pertenecieran.

El otro ECA mencionado anteriormente, fue realizado en EE.UU. y publicado por la American Medical Association (Paul, 2012) (39). El objetivo de este estudio fue evaluar el mantenimiento de la lactancia materna. La visita en consulta fue llevada a cabo por médicos y la visita domiciliaria la realizaron profesionales de enfermería. Los hallazgos fueron los siguientes:

- Se encontró un porcentaje significativo de recién nacidos con lactancia materna en el grupo que recibió la visita domiciliaria de la enfermera/o en comparación con el grupo control a las 2 semanas postparto (98.3% vs 88.6%) y a los 2 meses (72.1% vs 66.4%), pero no a los 6 meses.
- Las madres en el grupo de intervención refirieron mayor seguridad en el afrontamiento del rol materno que aquellas incluidas en el grupo control.
- Se observó que las visitas a los servicios de urgencias, tanto de las mujeres como de los recién nacidos, no fueron significativamente diferentes entre los grupos.
- Finalmente, tampoco se encontraron diferencias significativas en la incidencia de la depresión postparto, siendo similar en ambos grupos.

En conclusión, ambos estudios presentan la visita domiciliaria como una intervención segura y una alternativa efectiva respecto a la visita puerperal en consulta. Plantean que ha de ser considerada como una opción de seguimiento en el puerperio por sus beneficios sobre la lactancia materna, el aumento en los conocimientos de autocuidado de la mujer, su contribución a una mejor asunción del rol materno y el aumento de la satisfacción materna con los cuidados recibidos en este periodo.

También relacionado con un modelo de seguimiento basado en la visita domiciliaria, otro ECA realizado en Irán (Ghodsbin, 2012) (40), evaluó la efectividad de un programa de visitas domiciliarias durante las primeras 6 semanas postparto sobre la calidad de vida de las mujeres. La intervención consistió en un programa educativo impartido por enfermeras de Atención Primaria y desarrollado en 4 visitas/sesiones; se trabajaron temas de nutrición, apoyo físico, reinicio seguro de las relaciones sexuales

con la pareja y ejercicio en el postparto. El grupo control recibió la educación habitual proporcionada en el centro sanitario. Los resultados del estudio indicaron que la intervención realizada mejoraba la calidad de vida de las mujeres en las primeras 6 semanas postparto y que su satisfacción con su salud física, psicológica y social, fue mayor.

En nuestro país, se publicó una revisión sistemática (Iglesias, 2015) que evaluó la efectividad de la visita puerperal domiciliaria como modelo de seguimiento en el puerperio en los países desarrollados, frente a la visita en consulta, el seguimiento telefónico o la ausencia de seguimiento (41). La literatura empleada en esta revisión fue diferente a la analizada en este trabajo. Sin embargo, sus conclusiones son semejantes a los resultados encontrados en las fuentes utilizadas en la presente revisión. Se evidenció que las mujeres que reciben la visita puerperal en el domicilio tienen menos riesgo de sufrir complicaciones en el puerperio, en caso de sufrir depresión postparto su evolución es más favorable, tienen más probabilidades de amamantar durante más tiempo y de manera exclusiva, y su satisfacción e información con los cuidados recibidos es mayor que con otros modelos de atención. En cuanto al coste de la intervención, se observó que supone un mayor gasto sanitario que los otros seguimientos, aunque es una alternativa segura que comporta importantes beneficios. A esta conclusión han llegado también otros estudios (38).

A pesar de las numerosas ventajas descritas sobre la visita puerperal domiciliaria y su frecuente recomendación en la evidencia científica, la realidad sobre su aplicación es otra. En España y gran parte de Europa, más del 90% de las visitas puerperales se llevan a cabo en la consulta del centro de salud, reservándose la visita al domicilio para casos muy especiales (puérperas con complicaciones perinatales graves o con un riesgo social alto) y de urgencia. Además, la disparidad a nivel internacional a la hora de aplicar la visita domiciliaria (varía desde unas pocas visitas domiciliarias, a ninguna), deja inconclusos los detalles sobre la ejecución de la intervención, e importantes necesidades sin cubrir en el puerperio (37,38).

Una revisión sistemática de la Cochrane (Yonemoto, 2013) (42), estudió la influencia de la frecuencia y duración de las visitas domiciliarias durante el puerperio sobre la mujer y su hijo. Tras el análisis de las investigaciones incluidas en esta revisión, se encontró evidencia de que un mayor número de visitas domiciliarias:

- Proporcionaba a las mujeres mayor satisfacción con los cuidados recibidos en esta etapa.
- Se asociaba a un mayor mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.
- Reducía el uso de los servicios sanitarios de urgencia para el recién nacido.
- No suponía una mejora de la salud física ni psicológica de la madre (de hecho, entre los 12 ECA revisados, 2 ensayos sugerían que una mayor frecuencia y duración de las visitas domiciliarias producía un aumento en el riesgo de sufrir depresión en este periodo).

En relación a los resultados expuestos en esta revisión, otros estudios también han discutido sobre la frecuencia de las visitas domiciliarias, y recogen la necesidad de realizar al menos 2 visitas domiciliarias durante el puerperio: una en el puerperio mediano (a las 48-72h tras el alta hospitalaria) y otra en el puerperio tardío (en los días 30-40 postparto) (28,38).

Por último, además de la visita domiciliaria, otros modelos de seguimiento y continuidad del cuidado han sido descritos y evaluados. Un estudio cualitativo llevado a cabo en Singapur (Shorey, 2014) (37) y un ECA realizado en Australia (Giallo, 2014) (43) utilizaron una intervención basada en el seguimiento de las mujeres puérperas a través de 1 visita domiciliaria y 1 llamada telefónica a la semana (durante 3 semanas). Además se les proporcionó un libro-guía de apoyo con información sobre el puerperio. Los objetivos de estos estudios fueron conocer los beneficios de la intervención (Shorey, 2014) y evaluar su eficacia (Giallo, 2014). El estudio cualitativo, reveló que todas las mujeres del grupo de intervención percibían el seguimiento como útil para aumentar su confianza en el cuidado del recién nacido, fomentar la búsqueda de ayuda en los servicios sanitarios, mejorar su bienestar emocional e incrementar sus conocimientos sobre autocuidado, cuidados del recién nacido y de lactancia materna. Por su parte, el ECA concluyó que al final del puerperio las mujeres que recibieron este seguimiento referían menos síntomas de ansiedad, depresión y estrés; mostraban una actitud más autónoma y consciente en el autocuidado, y su satisfacción con el cuidado recibido en esta etapa era mayor en comparación con los grupos que no tuvieron esta intervención.

Un seguimiento que utilice la visita domiciliaria y el seguimiento telefónico es recomendado por sendos estudios. Sin embargo, cuando el seguimiento es sólo a través del teléfono la eficacia de la intervención se ve comprometida. Así lo recoge

una revisión sistemática de la Cochrane (Lavender, 2013), que determina inconcluyentes los beneficios de un seguimiento exclusivamente telefónico durante el puerperio (44).

DISCUSIÓN

Las mujeres se enfrentan en el puerperio a numerosos desafíos como cambios en su cuerpo, labilidad en sus sentimientos, el cuidado del recién nacido y la reestructuración familiar, especialmente una vez regresan a su domicilio. Todo esto, influenciado por los factores socioculturales que rodean la vida de la mujer en esta etapa, genera necesidades a nivel físico, psicológico y social (20,32,35,37). La vigilancia del estado de la madre y el recién nacido en el periodo postparto es esencial para prevenir la morbilidad en la mujer y el niño; especialmente en el puerperio mediato, pues muchas de las complicaciones en la madre y el recién nacido ocurren en esta etapa. Por ello, es necesaria una atención profesional, cuidados cualificados y trabajar la educación para la salud en el puerperio (23,27,28,30).

Los resultados recogidos en esta revisión ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar una mayor información a las mujeres sobre las características y evolución de los cambios que acontecen en este periodo. Son muchas las puérperas que no conocen el tiempo normal de sangrado, algo fundamental pues las hemorragias en el postparto son la principal causa de muerte materna y el primer motivo de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias (20). Igualmente, las mujeres expresan no ser capaces de reconocer una alteración en el olor de los loquios, algo que podría indicar la existencia de una infección, otra de las complicaciones más frecuentes en esta etapa. Asimismo, existe un notable desconocimiento en el uso de anticoncepción hormonal en el periodo de lactancia materna, evidenciándose multitud de creencias erróneas sobre su interacción con el amamantamiento (24,25,33). Estos hallazgos muestran los escasos conocimientos de las mujeres tanto en autocuidados como en planificación familiar, y en consecuencia, se identifica la necesidad de reforzar la educación sanitaria en estos aspectos.

Las fuentes consultadas identifican a la enfermera/o como el profesional sanitario idóneo para atender y cuidar a la mujer, el recién nacido y la familia en esta etapa. Está demostrado que un seguimiento por el profesional de enfermería es beneficioso en las mujeres con un embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo (20,27,29,34). Sin embargo, su participación durante el puerperio es escasa, y cuando la enfermera/o visita a la mujer se ha observado una focalización de la atención hacia el neonato y su estado de salud, quedando la asistencia integral de la mujer en segundo

plano. Como profesionales de enfermería y principal apoyo desde los servicios sanitarios en este periodo, es nuestra función prestar un cuidado integral y humanizado tanto a la mujer como al recién nacido en esta etapa, pues no es posible separar sus cuidados. Es nuestro deber atender los cambios físicos y orgánicos de la mujer, facilitar el proceso de reorganización psicológica y adaptación al nuevo rol materno, fomentar el vínculo madre-hijo, informar sobre la lactancia y apoyar sus decisiones, trabajar en educación sanitaria sobre el autocuidado, los cuidados del recién nacido, anticoncepción y planificación familiar. Asimismo, deberemos valorar el contexto socio-cultural que rodea a la familia. De esta manera, con una mayor implicación de la enfermería en el cuidado de la puérpera, es posible prevenir complicaciones y promocionar la salud tanto de la mujer como del recién nacido y la familia (28,30,33).

Por otra parte, las mujeres expresan el deseo de una mayor continuidad del cuidado en el puerperio, valoran positivamente las visitas de la enfermera y cuando este seguimiento incluye la visita domiciliaria le dan un valor mayor (33,36). Las investigaciones coinciden en la necesidad de dar continuidad asistencial en esta etapa, pues favorecería la adaptación de la mujer a su nueva situación, ayudaría a disminuir la morbilidad materna, y evitaría la utilización innecesaria de los servicios sanitarios (20,36). Se han estudiado diferentes tipos de seguimiento en el puerperio (visitas en el centro de salud, visitas domiciliarias o seguimiento telefónico) pero son muchas las fuentes que coinciden y defienden un modelo de continuidad asistencial que oferte la visita puerperal domiciliaria, considerada una intervención segura, efectiva y beneficiosa para la mujer y el recién nacido (20,38,39,41). Además, hay estudios que afirman que el momento más adecuado para trabajar la educación sanitaria en el postparto es en la visita puerperal (es decir, tras el alta hospitalaria y en el contexto de la Atención Primaria), una vez la mujer se encuentra en su domicilio (20).

En España, las Guías de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y Puerperio (14), y de Cuidados desde el Nacimiento (15), coinciden en la necesidad de asegurar la continuidad de los cuidados en el puerperio y en incluir la visita domiciliaria en la asistencia de esta etapa. Sugieren ofrecer un mínimo de dos visitas en el periodo puerperal, la primera entre las 24-48h tras el alta hospitalaria, y una hacia final de la cuarentena. Sin embargo, la coordinación entre los niveles asistenciales es deficiente y el apoyo desde Atención Primaria a la puérpera aún es limitado. Los centros de salud no siempre cuentan con matronas (profesionales de enfermería dedicadas principalmente al

cuidado de la mujer) y la implicación del resto de enfermeras/os en el cuidado de la puérpera suele ser escaso (por su focalización del cuidado en el recién nacido, por desconocimiento sobre sus competencias en el cuidado de la mujer o subestimación de la importancia del cuidado en el postparto). A esto, se suma la falta de estrategias sanitarias para la atención de la mujer puérpera.

El Sistema Nacional de Salud, elaboró en 2007 una Estrategia de Atención al Parto Normal (45) para asegurar una atención de calidad en el parto en todo nuestro país. Este documento destaca la estrecha relación entre la etapa prenatal, el parto y el puerperio, pero los organismos involucrados en su elaboración consideraron más oportuno centrarse principalmente en el parto. Esta actuación se justificó en razones de operatividad: el nivel asistencial y el tipo de profesionales implicados es más específico en esta etapa. No obstante, la estrategia de atención al parto recoge la intención de continuar y elaborar en un futuro estrategias de atención a los periodos prenatal y puerperal. Actualmente, en el año 2016, todavía no existen tales estrategias ni acuerdos entre los organismos responsables que indiquen la intención de elaborar un documento sobre la atención al puerperio normal como el que se elaboró hace casi una década sobre la atención al parto. De esta manera, aún existe gran heterogeneidad en la atención sanitaria en el puerperio entre las diferentes Comunidades Autónomas. Y a falta de una estrategia a nivel estatal, algunos territorios (ej. Andalucía, Cantabria o Cataluña) ya han elaborado protocolos y procesos asistenciales que recogen la atención de la mujer en el puerperio. En Madrid, no se ha encontrado ningún protocolo sobre la organización y prestación de cuidados a la mujer en esta etapa.

En resumen, este trabajo de revisión pone de manifiesto la presencia de numerosas necesidades en la mujer durante el puerperio y la importancia de la participación de los profesionales de enfermería en esta etapa, tanto en materia de asistencia como en educación para la salud. En nuestro país, aún queda trabajo por hacer. Es necesaria una mayor implicación de las enfermeras/os en el cuidado de la puérpera, así como una mayor contribución de los órganos de gobierno mediante la elaboración de estrategias que faciliten la atención en esta etapa. Sería interesante trabajar en sesiones clínicas con los profesionales de enfermería (de Atención Especializada y Atención Primaria) acerca de la importancia de garantizar un cuidado continuado a la puérpera tras el alta de hospitalaria y de no subestimar las necesidades de la mujer en este periodo. Una concienciación de los profesionales acerca del valor

del cuidado en esta etapa no solo puede contribuir a suplir las necesidades presentes en el postparto, sino a visibilizar su importancia y la urgente necesidad de elaborar una estrategia que asegure la atención puerperal.

CONCLUSIONES

- Las principales necesidades de la mujer durante el puerperio domiciliario están relacionadas con su desconocimiento acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos de esta etapa, así como sobre su autocuidado. Además, la mayoría de las púerperas no son capaces de identificar los signos y síntomas de alarma, y no conocen aspectos importantes sobre la anticoncepción en el postparto y la planificación familiar.

Esto sugiere la necesidad de reforzar la educación sanitaria de la mujer, tanto durante el embarazo como en el puerperio.

- El personal de enfermería es el profesional idóneo para el cuidado de la púerpera. Su intervención consigue prevenir posibles complicaciones en el postparto y, además, su participación es la más demandada por la mujer en esta etapa.

Es importante fomentar la concienciación de los profesionales de enfermería acerca de la importancia de atender el periodo puerperal, y su impacto en la salud física y mental de la mujer, del recién nacido y de la familia.

- Se ha demostrado que un cuidado continuado en el postparto es beneficioso para la púerpera y el recién nacido. Entre otros aspectos, facilita la adaptación de la madre a su nueva situación, aumenta el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (hasta al menos los 2 meses de vida del recién nacido), y mejora el bienestar general de la madre y del neonato.

La visita puerperal domiciliaria parece ser la intervención de mayor utilidad para llevar a cabo la continuidad de los cuidados de la mujer, ya que permite una mayor aproximación a la realidad de la púerpera y favorece la correcta evolución del postparto mediante la detección precoz de riesgos para la madre y el recién nacido.

Para favorecer la continuidad asistencial durante este periodo, sería oportuna la participación de una enfermera de enlace que promoviese y facilitase la coordinación entre los niveles asistenciales.

Además, es preciso hacer una revisión de los protocolos de asistencia relativos al puerperio, existentes en el territorio español; con el fin de establecer una estrategia de atención clara y adecuada, dirigida al personal de enfermería para llevar a cabo el cuidado específico de la mujer durante el puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. España: Barcelona; 2003. Masson, S.A.; p. 1025.
2. Rodríguez A, Faba M. Atención de enfermería a la mujer durante el puerperio normal. En: Martínez RM, García E. Enfermería de la Mujer. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2011. p.559-571.
3. Johnson JY. Cuidados postparto. En: Johnson JY. Enfermería materno-neonatal. México: El Manual Moderno; 2011. p.207-244,
4. Moreno C, Rincón T, Arenas YM, Sierra D, Cano AP, Cárdenas DL. La mujer en el posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. Revista CUIDARTE. Nov 2014. 5 Supl2:739-47.
5. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra [online]. 2009, vol.32, suppl.1, pp. 169-175. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200015&script=sci_arttext
6. Ruiz R, Gil R. Hipertensión arterial post-parto. Rev Méd La Paz [online]. 2014, vol.20, n.1, pp. 28-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100005
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud materna. [citado 28 Nov 2015]. Programas y proyectos. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/
8. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A et al. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. The Lancet. 12 Nov 2015. [citado 28 Nov 2015]. Disponible en:
<http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615008387.pdf>
9. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf?ua=1>

10. Organización Mundial de la Salud; Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPPM); 2015. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153544/1/9789241508483_eng.pdf?ua=1
11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2014. Vol. 2, Núm. 6, pág. e323-e333. Disponible en:
[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
12. Miguel JR, Temprano MR, Muñoz P, Cararach V, Martínez J, Mínguez JA et al. Mortalidad materna en España en el periodo 1995–1997: resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol. 2002;45:525-34. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501302758378>
13. Bancomundial.org [Internet]. Datos: Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). 1990-2015. [actualizado 2016; citado 22 Ene 2016]. Disponible en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
15. Grupo NIDCAP y PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
16. Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial. Documento Marco para el Desarrollo de la Continuidad Asistencial en la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. 2015. Consejería de Sanidad y Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Disponible en: <http://goo.gl/WUKR0E>

17. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. 4ª ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014. Disponible en: <http://goo.gl/Uc7hqe>
18. España. Orden CIN/2134/2008, del 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, 19 de julio de 2008, núm.174, p.31680-31683 (4 págs.).
19. NNN Consult [Internet]. Elsevier: NANDA, NOC, NIC Consult. [Citado 15 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/index>
20. Gómez-Ortiz MC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengibar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Prof.* 2014;15(1):10-17. Español.
21. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011;25(6):483–489. Español.
22. Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Matronas Prof.* 2013;14(2):45-51.
23. Prieto B. Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. *Revista CUIDARTE* 2012;3(1). Español.
24. Vázquez MD, García R, Alejandre MG, Escalonilla B. Uso de anticonceptivos durante el puerperio y la lactancia materna. *Metas Enfer M.* 2015 May;18(4):12-17. Español.
25. Casado M, Fernández RM, Rodríguez F. Determinación de las necesidades sentidas por las puérperas del Hospital General de Valencia al alta hospitalaria. *Artículos científicos. Enfermería Integral.* 2014;104:3-9. Español.
26. Girardi N, Souza N. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. *Cienc Cuid Saude.* 2013 Abr/Jun; 12(2):282-289. Portugués.
27. Garcia E, Leite E, Nogueira D. Nursing care to puerperal women in primary care units. *Journal of Nursing UFPE on line.* 2013;7(10). Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4836>

28. Soares MH, Santana R, Pereira FA. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. *Rev Enfermagem UERJ*. 2014 Sep;22(5):663-667. Português.
29. Ospina AM, Muñoz L, Ruiz CH. Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica* 2012;43(2):167-174.
30. Andrade RD, Santos JS, Cardoso MA, Falleiros D. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. 2015 Ene;19(1):181-186.
31. Bernardi MC, Carraro TE. Vital power of postpartum women during nursing home care. *Text Context Nursing*. 2014 Ene;23(1):142-150.
32. Suplee PD, Bloch JR, McKeever A, Borucki LC, Dawley K, Kaufman M. Focusing on maternal health beyond breastfeeding and depression during the first year postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2014 0;43(6):782-791.
33. Pereira M, Côrtes CV. Puerperal consultation from the perspective of nurses and puerperae. *Cienc Cuid Saude*. 2014 Ene;13(1):35-42.
34. Iida M, Horiuchi S, Nagamori K. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth* 2014 9;27(3):202-207.
35. Bernardi MC, Carraro TE, Sebold LF. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011; (12)1074-80. Português.
36. Bowers J, Cheyne H, Mould G, Page M. Continuity of care in community midwifery. *Health Care Manag Sci*. 2015 Jun; 18(2):195-204.
37. Shorey S, Sally Wai-chi Chan, Yap SC, Hong-Gu H. Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: The process evaluation. *Midwifery* 2015 01;31(1):155-163 9p.
38. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof*. 2011; 12(3):65-73. Español.
39. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the Nurses for Infants Through Teaching and

Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166:263-270.

40. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. The effect of Home Visit during the first six weeks of postpartum on the quality of life of primiparous women referred to Shiraz health centers of Shiraz University of Medical Sciences. Invest Educ Enferm. 2012;30(3): 339-345.
41. Iglesias SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. Matronas Prof. 2015; 16(2): 44-49. Español.
42. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;7: Art. No.: CD009326.
43. Giallo R, Cooklin A, Dunning M, Seymour M. The efficacy of an intervention for the management of postpartum fatigue. JOGNN 2014 09;43(5):598-613.
44. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;7. Art. No.: CD009338
45. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 Nov. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

ANEXO 1

ANEXO 1. Estrategias de búsqueda empleadas en las diferentes bases de datos y sus resultados.

PubMed				
TÉRMINOS MeSH/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
"postpartum period"[MeSH Terms] AND ("continuity of patient care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms]) OR "house calls"[MeSH Terms])	56	25	14	3 [▲]
("postnatal care"[MeSH Terms] AND "continuity of patient care"[MeSH Terms]) AND ("nursing"[MeSH Terms] OR breast feeding"[MeSH Terms])	31*	17	13	3
"postnatal care"[MeSH Terms] AND "nursing care"[MeSH Terms]	22 [■]	3	2	0
TOTAL (excluyendo las repeticiones)	96	45	29	6 [▲]

* 4 artículos obtenidos con esta búsqueda habían aparecido en la búsqueda anterior.

■ 9 de los artículos encontrados se habían hallado en las búsquedas previas.

▲ 1 artículo pertenecía a la Cochrane Database.

CINAHL				
TÉRMINOS MeSH/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
(MH “Postnatal Period+”/NU”)	0	/	/	/
((MH “Postnatal period+”) AND ((MH “Continuity of Patient Care+”) OR (MH “Home visits”)))	30*	17	14	7*
TOTAL (excluyendo duplicados)	30	17	14	6

* 1 de los artículos hallados apareció en las búsquedas realizadas en PubMed.

CUIDEN				
PALABRAS CLAVE/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
[cla= puerperio] AND [cla= cuidados de enfermería]	14	9	8	4
[cla= puerperio] AND [cla= continuidad de los cuidados]	0	/	/	/
([cla= puerperio]) AND ([cla= cuidados domiciliarios] OR [cla= visita domiciliaria])	8*	3	3	3
TOTAL (excluyendo las repeticiones)	17	12	11	7

* 5 artículos se habían encontrado previamente en la búsqueda anterior.

Dialnet				
DESCRIPTORES/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
“Puerperio”	17	5	2	1
“Postpartum period”	14*	5	4	2
TOTAL (excluyendo las repeticiones)	28	10	6	3

**3 artículos de los encontrados, habían aparecido en la búsqueda previa.*

SciELO				
PALABRAS CLAVE/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
“Puerperio” AND “Enfermería”	17*	7	3	1
“Puerperio” AND “Continuidad de los cuidados”	0	/	/	/
TOTAL	17	7	3	1

** 1 de los artículos hallados apareció en las búsquedas realizadas en CINAHL.*

Encuentra				
PALABRAS CLAVE/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
pclave[puerperio]	0	/	/	/
pclave[postparto] pclave continuidad de cuidados	2	2	1	0
TOTAL	2	2	1	0

Cochrane				
TÉRMINOS MeSH/ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR RESUMEN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR CONTENIDO
MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees	7*	4	2	1
TOTAL	7	4	2	1

* Los resultados seleccionados son revisiones sistemáticas pertenecientes a la Cochrane Database.

ANEXO 2

ANEXO 2. Estudios incluidos en la revisión.

Autor/es y año	Diseño y muestra	Objetivo	Tema principal
Andrade RD, Santos JS, Cardoso MA, Falleiros D. (2015)	Revisión bibliográfica (número de artículos científicos sin especificar)	Reflexión sobre la influencia de los factores relacionados con la salud de la mujer en el puerperio y su impacto en la salud del niño	Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Bernardi MC, Carraro TE, Sebold LF. (2011)	Revisión bibliográfica (10 artículos)	Identificar y discutir las contribuciones a la práctica sobre atención domiciliaria de enfermería en el postparto	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Bernardi MC, Carraro TE. (2014)	Estudio cualitativo (4 mujeres)	Identificar las variables que pueden interferir en el poder vital de las puérperas durante los cuidados realizados por la enfermera en el domicilio	Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Bowers J, Cheyne H, Mould G, Page M. (2015)	Estudio cuantitativo descriptivo observacional (/)	Examinar la asignación y rutina de las matronas en la comunidad	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Casado M, Fernández RM, Rodríguez F. (2014)	Estudio cuantitativo descriptivo (260 mujeres)	Determinar las necesidades sentidas por las puérperas del Hospital General de Valencia al alta hospitalaria	Necesidades de la mujer en el puerperio
Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. (2011)	Estudio cualitativo (9 mujeres)	Analizar como perciben las primíparas su comunicación con los profesionales de la salud y explorar la satisfacción, necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios	Necesidades de la mujer en el puerperio

Frade J, Pinto C, Carneiro M. (2013)	Estudio cualitativo (10 parejas –familias mononucleares–)	Explorar la percepción de los cuidados posnatales bajo la vivencia de los padres e identificar las necesidades de apoyo y orientación postparto de los profesionales de enfermería	Necesidades de la mujer en el puerperio
Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. (2011)	Ensayo clínico aleatorizado (200 mujeres)	Evaluar la eficacia, en cuanto a evolución clínica y satisfacción materna, de la visita puerperal en el domicilio comparada con la realizada en el centro de salud	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
García E, Leite E, Nogueira D. (2013)	Estudio cuantitativo descriptivo transversal (34 mujeres)	Verificar las acciones desarrolladas por las enfermeras en la asistencia puerperal	Necesidades de la mujer en el puerperio Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. (2012)	Ensayo clínico aleatorizado (52 mujeres)	Evaluar el efecto de la visita domiciliaria en las 6 primeras semanas posparto en la calidad de vida de las mujeres primíparas	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Giallo R, Cooklin A, Dunning M, Seymour M. (2014)	Ensayo clínico aleatorizado (202 mujeres)	Evaluar la eficacia de una intervención educativa para disminuir los síntomas de fatiga postnatal	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Girardi N, Souza N. (2013)	Estudio cuantitativo descriptivo (20 mujeres)	Verificar las prácticas del cuidado al recién nacido derivadas del contexto de vida de la puérpera en la ciudad de Rio Claro, Brasil	Necesidades de la mujer en el puerperio
Gómez-Ortiz MC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. (2014)	Estudio cuantitativo descriptivo observacional (183 mujeres)	Identificar los conocimientos de las mujeres sobre cuidados puerperales entre los días 3 y 10 posparto en el Área Sanitaria de La Mancha	Necesidades de la mujer en el puerperio

Iglesias SM. (2015)	Revisión sistemática (5 ensayos clínicos aleatorizados y 1 Guía de Práctica Clínica)	Evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias posparto en países desarrollados y compararlas con las visitas realizadas en el centro de salud, con el seguimiento telefónico o la ausencia de seguimiento	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Iida M, Horiuchi S, Nagamori K. (2014)	Estudio cuantitativo observacional (280 mujeres)	Comparar los resultados de salud de mujeres y niños que recibieron un seguimiento por la matrona con un seguimiento por el obstetra en Japón	Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. (2013)	Revisión sistemática (27 ensayos clínicos aleatorizados)	Evaluar los efectos de la asistencia telefónica durante el embarazo y las 6 primeras semanas postparto, en comparación con la atención habitual, sobre la madre y el recién nacido	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Moreno C, Villa T, Arenas Y, Sierra D, Cano A, Cárdenas D. (2015)	Revisión bibliográfica (50 artículos)	Reconocer y analizar las necesidades de la mujer en el postparto	Necesidades de la mujer en el puerperio
Ospina AM, Muñoz L, Ruiz CH. (2012)	Revisión bibliográfica (número de artículos científicos sin especificar)	Revisar el afrontamiento y la adaptación de la mujer durante el puerperio y las estrategias que lo favorecen	Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA et al. (2012)	Ensayo clínico aleatorizado (1.154 mujeres y 1.169 recién nacidos)	Comparar un seguimiento en consulta con un modelo que incluya la visita domiciliaria de la enfermera como primer encuentro, tras el alta hospitalaria, con la mujer y el recién nacido	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Pereira M, Côrtes CV. (2014)	Estudio cualitativo descriptivo (28 mujeres)	Evaluar el entendimiento de la consulta puerperal bajo la perspectiva del enfermero y de la puerpera	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado

Prieto B. (2012)	Estudio cuantitativo descriptivo (8 mujeres)	/	Necesidades de la mujer en el puerperio
Shorey S, Sally Wai-chi Chan, Yap SC, Hong-Gu H. (2015)	Estudio cualitativo (18 mujeres)	Conocer las percepciones de la primíparas sobre el contenido e impacto personal de un programa educativo en el postparto	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado
Soares MH, Santana R, Pereira FA. (2014)	Estudio cualitativo (10 mujeres)	Identificar la asistencia prestada por enfermeros a las mujeres en el postparto	Rol de la enfermería en el proceso de cuidado puerperal
Suplee PD, Bloch JR, McKeever A, Borucki LC, Dawley K, Kaufman M. (2014)	Revisión bibliográfica (38 artículos)	Identificar las practicas de cuidado en las mujeres en el primer año postparto	Necesidades de la mujer en el puerperio
Vázquez MD, García R, Alejandro MG, Escalonilla B. (2015)	Estudio cuantitativo descriptivo observacional (355 mujeres)	Identificar métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres en el puerperio y durante el periodo de lactancia exclusiva, y evaluar su adecuación	Necesidades de la mujer en el puerperio
Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. (2013)	Revisión sistemática (12 ensayos clínicos aleatorizados)	Evaluar los resultados en la puérpera y el neonato de diferentes horarios de visitas domiciliarias durante puerperio	Continuidad asistencial durante el puerperio y beneficios del cuidado